

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Penyakit

##### 1. *Sectio Caesarea* (SC)

###### a. Definisi

SC adalah proses melahirkan melalui tindakan pembedahan dengan melakukan laparatomi dan histerotomi untuk mengeluarkan bayi. tindakan SC dilakukan karena beberapa indikasi dari ibu dan bayi yang mengakibatkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal melalui vagina akibat gangguan kesehatan (Warsono *et al.*, 2019). *Sectio Caesarea* adalah prosedur pengeluaran janin yang dilakukan dengan membuat insisi pada dinding abdomen dan uterus. Tujuan dari SC adalah untuk menyelamatkan ibu dan janin, dan dilakukan atas indikasi medis. Beberapa indikasi medis yaitu *fetal distress*, malpresentasi janin, gawat janin, penyempitan panggul, prolapsus tali pusat, usia ibu, penyakit pada ibu dan riwayat SC sebelumnya (Kamallia, L.N. dan Haniyah, S, 2023).

###### b. Etiologi

Indikasi SC menurut Septiana dan Sapitri (2023), dibagi menjadi dua kategori, yaitu:

###### 1) Indikasi dari ibu

Indikasi SC dari faktor ibu dibedakan menjadi indikasi absolut dan indikasi relatif. Indikasi absolut adalah kondisi mutlak dimana ibu tidak dapat melahirkan melalui vagina. Hal ini biasanya terjadi karena penyempitan panggul, *plasenta previa*, *solusio plasenta*, komplikasi kehamilan, dan kondisi medis lainnya yang dapat mempengaruhi proses persalinan secara normal. Indikasi relatif adalah kondisi dimana ibu dapat melahirkan secara normal tetapi dilakukan tindakan dengan tujuan menyelamatkan nyawa ibu dan bayi, hal ini biasanya terjadi karena ibu mengalami masalah persalinan pervaginam, *postterm*, dan lain lain.

2) Indikasi pada bayi

Indikasi SC dari faktor janin mencakup kondisi-kondisi seperti gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, dan prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil dan kegagalan persalinan vakum atau *forceps* ekstraksi.

c. Tanda dan gejala

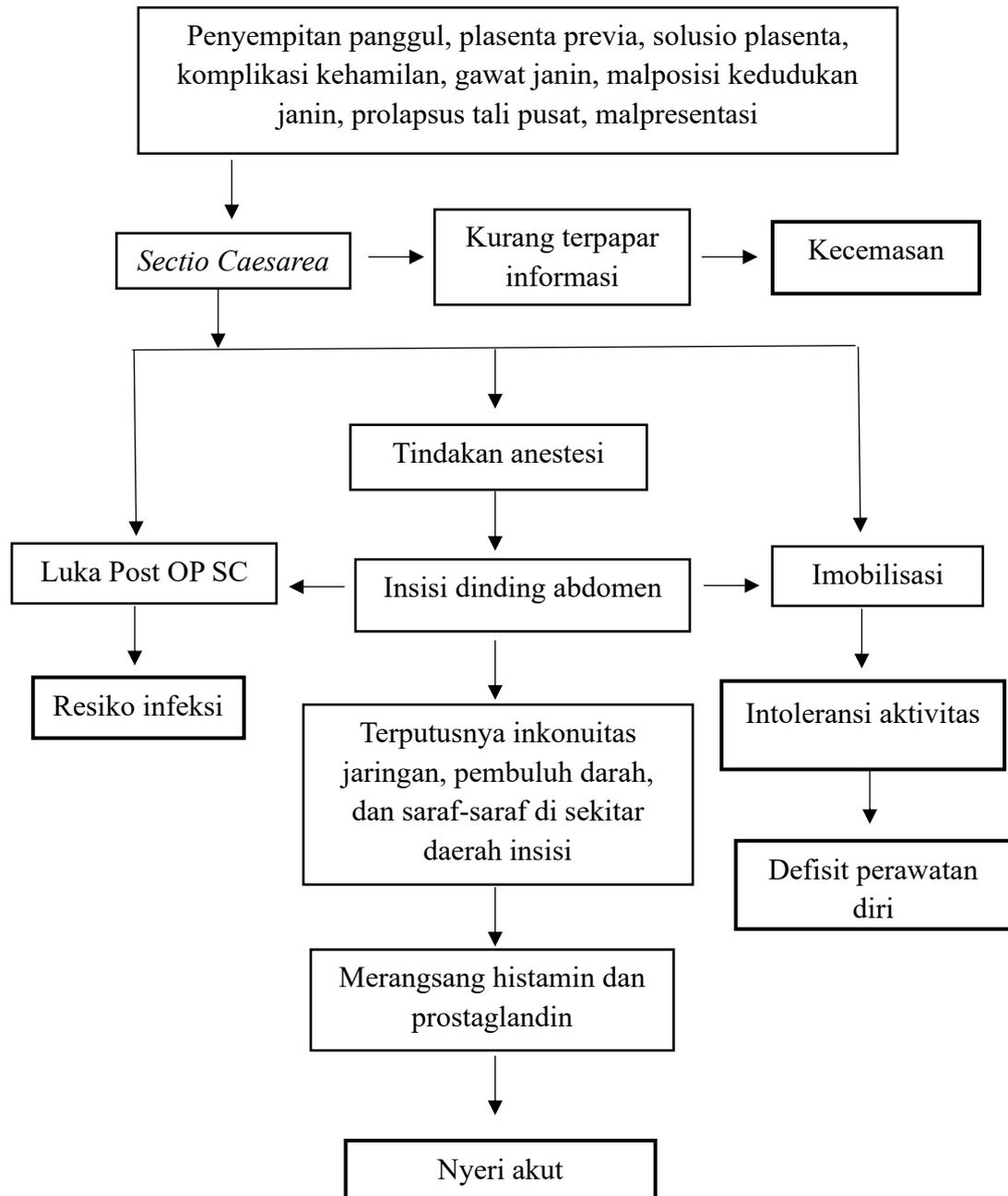
Menurut Rahim *et.al.*, (2019) dalam Hafi (2023) tanda dan gejala yang muncul saat post OP SC adalah sebagai berikut:

- 1) Nyeri pada daerah luka post OP SC.
- 2) Gangguan aktivitas.
- 3) Terdapat perdarahan post OP SC.
- 4) Gangguan *personal hygiene*.
- 5) Gangguan istirahat dan tidur.

d. Patofisiologi

Persalinan SC adalah proses melahirkan yang dilakukan dengan membuat irisan pada dinding perut dan rahim. Dengan tujuan untuk mengeluarkan janin, plasenta, dan selaput ketuban, dengan tujuan meningkatkan keselamatan ibu dan bayi (Safitri, 2020). Indikasi SC dapat dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu faktor ibu dan faktor janin, yang mencakup berbagai kondisi medis dan komplikasi kehamilan seperti penyempitan panggul, plasenta previa, pre-eklampsia berat, solusio plasenta tingkat I- II, diabetes melitus, ketuban pecah dini, gawat janin, gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin (Septiana dan Sapitri, 2023). Tindakan SC untuk mengeluarkan bayi, dapat menyebabkan beberapa komplikasi pada sistem persarafan dan pembuluh darah. Rasa nyeri hebat setelah operasi terjadi karena adanya kerusakan jaringan di sekitar daerah bekas insisi (Wulandari *et al*, 2024).

*Pathway*



Sumber : Ratnasari (2020).

**Gambar 2.1 Sectio Caesarea**

e. Klasifikasi

Klasifikasi SC menurut Esta, F.A. (2017), yaitu:

1) *Sectio Caesarea Klasik*

*Sectio Caesarea Klasik* adalah insisi klasik atau vertical dilakukan untuk mengatasi kondisi yang spesifik, seperti adhesi akibat kelahiran dengan riwayat SC sebelumnya, letak janin lintang, atau implantasi plasenta sebelah.

2) *Sectio Caesarea Histerektomi*

Pembedahan ini merupakan prosedur SC yang diikuti dengan pengeluaran uterus, histerektomi dilakukan atas indikasi tertentu, seperti perdarahan akibat atonia uteri yang tidak responsif terhadap terapi konservatif, perdarahan tidak terkendali pada plasenta previa dan abruption plasenta, serta kondisi lainnya seperti plasenta accreta, fibromyoma multiple dan luas, atau infeksi yang berisiko menyebabkan peritonitis generalisata.

3) *Sectio Caesarea Extraperitoneal*

Tujuan pembedahan ini adalah untuk mencegah histerektomi pada kasus infeksi luas dan menghindari peritonitis generalisata yang dapat berakibat fatal.

f. Faktor resiko

Menurut Simkin dan Razauna (2013) dalam Esta, F. A. (2017), terdapat beberapa risiko yang terkait dengan SC, termasuk masalah yang muncul akibat efek bius, infeksi luka operasi, perdarahan, nyeri pasca bedah, dan risiko timbulnya masalah dari jaringan parut atau perlekatan di dalam perut.

g. Komplikasi

Menurut Mutmainah, Setyati, & Handasari (2016) dalam Safitri (2020) Komplikasi SC bagi ibu memiliki beberapa risiko, termasuk infeksi, pendarahan, komplikasi bedah, dan *morbidity adherent placenta*. Menurut Oxorn dan Forte (2017) dalam Safitri (2020), pengawasan antenatal dan intranatal yang baik dapat meminimalkan komplikasi pada bayi yang lahir

melalui SC, dengan angka kematian perinatal pasca SC berkisar antara 4-7% di negara-negara dengan pengawasan yang baik.

#### h. Penatalaksanaan

- 1) Penatalaksanaan medis: Pemberian analgesik
- 2) Penatalaksanaan nonfarmakologi meliputi:
  - a) Teknik relaksasi nafas dalam.
  - b) Kompres hangat.
  - c) Terapi musik.
  - d) Teknik relaksasi menggunakan aromaterapi.
  - e) Distraksi dan latihan fisik.
  - f) Teknik relaksasi Benson.

## 2. Nyeri

### a. Definisi

Nyeri merupakan gejala yang paling umum dimana individu akan mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan. Nyeri merupakan suatu kondisi tidak menyenangkan yang terjadi akibat kerusakan jaringan, baik yang aktual maupun potensial, dan seringkali terkait dengan proses penyakit atau tindakan medis (Permata, D. 2018). Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi, frekuensi napas, produksi keringat berlebih, ketegangan otot dan kecemasan sehingga mampu mengganggu kualitas hidup yaitu pola tidur, pola makan, pola aktivitas, dan rasa nyaman (Dyah, Zulfa, & Sri, 2018).

### b. Etiologi

Menurut Taylor (2017) dalam Oliver (2020), faktor penyebab nyeri antara lain karena terjadinya proses penyakit dan karena adanya tindakan medis dan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu budaya, usia, pengalaman sebelumnya dan jenis kelamin.

### c. Tanda dan gejala nyeri

Menurut Mohamad (2018) dalam Oliver (2020) antara lain:

- 1) Suara merintih, menangis, menarik/menghembuskan nafas.
- 2) Ekspresi wajah meringis.
- 3) Bersikap protektif terhadap area nyeri.
- 4) Berfokus pada aktivitas untuk mengurangi nyeri.
- 5) Gelisah.

d. Fisiologi nyeri

Reseptor nyeri yang terdapat di ujung saraf bebas merupakan bagian penting dari sistem nyeri tubuh, yang memungkinkan tubuh untuk mendeteksi dan merespons rangsangan nyeri. Perawat dapat mengetahui adanya nyeri pada pasien melalui observasi tanda-tanda umum seperti perubahan ekspresi wajah, kesakitan, dan perubahan fisiologis seperti nadi meningkat, berkeringat, dan tekanan darah meningkat (Permata, D, 2018).

e. Klasifikasi

1) Klasifikasi nyeri berdasarkan sifatnya, yaitu:

a) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan respon fisiologis yang normal dan berlangsung kurang dari tiga bulan sebagai akibat dari stimulus kuat yang terkait dengan pembedahan, trauma, atau penyakit akut, dan merupakan bagian dari proses penyembuhan alami (Tanra, 2020).

b) Nyeri kronik

Nyeri kronis merupakan atau disebut nyeri neuropatik adalah perasaan tidak nyaman yang berlangsung selama tiga bulan atau lebih, dapat memiliki dampak yang signifikan pada kualitas hidup penderitanya, menyebabkan kecemasan, perasaan putus asa, dan ketidakberdayaan (Arafino & Smith (2016) dalam Sari, 2017)).

2) Klasifikasi berdasarkan tempatnya, yaitu:

a) Nyeri somatic

Nyeri yang terjadi pada organ-organ soma seperti kulit, otot, sendi, tulang, dan ligamen memiliki sifat yang unik karena mengandung

banyak nosiseptor, sehingga lebih mudah terkena nyeri dan rasa tidak nyaman.

b) *Central pain*

Nyeri yang terjadi karena adanya rangsangan pada susunan saraf pusat, medulla spinalis, batang otak.

c) *Periferal pain*

Nyeri yang dirasakan pada area yang bukan sumber nyeri.

d) *Phantom pain*

Nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang sudah tidak ada, misalnya karena tindakan amputasi, *Phantom pain* muncul akibat dari stimulasi dendrit yang berat.

e) Nyeri inflamasi

Gejala nyeri spontan yang terjadi karena proses inflamasi merupakan ciri khas dari nyeri nosiseptif, yang disebabkan oleh sensitisasi nosiseptor.

f. Komplikasi

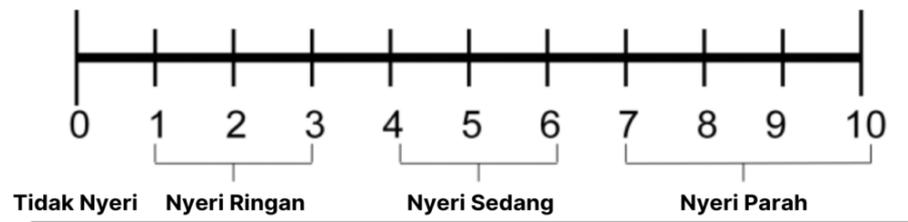
Nyeri pasca bedah dapat memicu reaksi fisik dan psikologis pada ibu. Dampak yang akan memicu reaksi fisik adalah gangguan mobilisasi dan malas beraktivitas. Sedangkan dampak psikologis yang akan muncul pada ibu Post OP SC adalah gangguan tidur, kecemasan dan penurunan nafsu makan, sehingga diperlukan strategi untuk mengontrol nyeri.

g. Cara mengukur intensitas nyeri

Penilaian nyeri yang akurat dan tepat waktu sangat diperlukan untuk menentukan intensitas nyeri dan menetapkan terapi yang efektif, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien (Jamal, Andika, & Adhiany, 2022).

Salah satu cara untuk mengukur intensitas nyeri adalah dengan menggunakan *Numeric rating scale* (NRS). NRS merupakan penilaian skala nyeri dengan skala angka 0-10, NRS dilakukan dengan cara pasien diminta untuk menilai intensitas nyeri mereka menggunakan

skala numerik 0-10, dengan 0 berarti tidak nyeri, 1-3 berarti nyeri ringan, 4-6 berarti nyeri sedang, dan 7-10 berarti nyeri berat yang tidak tertahankan (Tanra, 2020).



**Gambar 2.2 Skala Nyeri.**

Keterangan:

- 0 : tidak nyeri.
- 1 - 3 : nyeri ringan, secara objektif pasien bisa berkomunikasi dengan baik.
- 4 - 6 : nyeri sedang, secara objektif pasien mendesis, dapat menunjukkan lokasi nyeri, mendeskripsikan nyeri dan mengikuti perintah.
- 7 - 10 : nyeri berat dan tidak tertahankan, pasien tidak dapat mengikuti perintah.

#### h. Penanganan nyeri

##### 1) Farmakologi

Cara penanganan nyeri dengan teknik farmakologi yaitu menggunakan obat analgesik. Analgesik adalah obat yang digunakan untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit tanpa menyebabkan kehilangan kesadaran. Analgesik sangat populer karena efektif dalam mengelola nyeri dan peradangan karena mengandung zat-zat yang berfungsi untuk menghambat atau mengurangi transmisi sinyal nyeri ke otak, sehingga membantu meningkatkan kualitas hidup pasien (Sari dan Nayoan, 2023).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Permatasari dan Kartolo . Y, (2020) membuktikan bahwa pemberian terapi analgesik kepada kelompok 35 responden yang mengalami nyeri berat mendapatkan

hasil penurunan skala nyeri dari skala nyeri berat menjadi skala nyeri ringan.

Menurut Tanra (2020) ada dua jenis analgesik yang dapat digunakan untuk mengurangi rasa nyeri, yaitu:

a) Analgesik Non-Opioid

Paracetamol merupakan jenis obat yang memiliki sifat analgetik dan antipiretik yang aman digunakan untuk pasien bayi sampai dengan lansia sesuai dengan dosis yang sudah di anjurkan.

b) Analgesik opioid

Opioid merupakan analgetik yang sangat kuat dan sering digunakan untuk mengatasi nyeri pasca bedah, kanker, luka bakar, dan kondisi lainnya, dengan cara berikatan dengan reseptor untuk menghambat transmisi nyeri.

2) Non-farmakologi

Teknik non-farmakologi yang dapat membantu meredakan nyeri antara lain:

a) Terapi musik

Terapi musik merupakan terapi yang menggunakan musik sebagai alat untuk mencapai tujuan yang terapeutik, jenis musik yang biasa digunakan adalah musik klasik (Yulianti dan Mualifah, 2022).

b) Kompres hangat

Kompres hangat merupakan teknik nonfarmakologi yang berupa memberikan rasa hangat di daerah nyeri dengan suhu 43°C - 46°C untuk mengurangi nyeri (Wulandari, 2020).

c) Teknik distraksi

Teknik distraksi merupakan salah satu cara yang digunakan untuk mengalihkan perhatian individu yang sedang mengalami nyeri dengan tujuan untuk lebih tenang sehingga nyeri diharapkan dapat berkurang.

d) Teknik relaksasi Benson

Teknik relaksasi Benson adalah metode efektif untuk mengelola nyeri karena bisa dilakukan kapan saja, selain untuk mengelola nyeri teknik relaksasi Benson dapat mengurangi kecemasan dan nyeri, mengendurkan otot dan tubuh menjadi lebih rileks, dilakukan dengan menggunakan pernafasan dalam dan afirmasi positif atau sesuai dengan keyakinan spiritual individu untuk melahirkan kondisi kesehatan dan kesejahteraan yang lebih baik dan dilakukan selama 10-15 menit (Anggraeni 2024).

3. Konsep Teknik Relaksasi Benson

a. Pengertian Teknik Relaksasi Benson

Teknik relaksasi Benson adalah metode pernapasan yang menggabungkan keyakinan atau afirmasi positif untuk menyeimbangkan oksigen dalam otak, sehingga memberikan rasa nyaman, tenang dan mengurangi tingkat kecemasan. Tubuh yang merasa nyaman dan tenang akan memberikan efek rileks pada otot-otot. Kemudian hipotalamus akan menghasilkan *Corticotropin Relaxing Factor* (CRF) yang akan merangsang kelenjar dibawah otak untuk meningkatkan produksi *proopiomelanocortin* (POMC) yang dapat memicu peningkatan produksi *enkephalin* oleh *medulla adrenal* dan kelenjar dibawah otak menghasilkan *endorphine* untuk *neurotransmitter* (Purba. A, 2021).

b. Indikasi dan kontra indikasi teknik relaksasi Benson menurut Kamallia, L & Haniyah (2023):

1) indikasi

- a) Mengurangi kecemasan.
- b) Mengurangi Nyeri.

2) kontraindikasi

- a) Kondisi psikiatri yang tidak stabil.

c. Manfaat teknik relaksasi Benson

Manfaat dari relaksasi Benson sendiri yaitu untuk menurunkan tingkat stres dan perasaan cemas. Relaksasi Benson bekerja dengan menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis dan meningkatkan relaksasi, yang efektif dalam mengurangi nyeri (Kamallia, 2022) .

d. Frekuensi teknik relaksasi Benson

Teknik relaksasi Benson dilakukan selama 10-15 menit (Anggraeni 2024). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Andriana *et al.* (2023) menunjukkan bahwa relaksasi Benson yang diterapkan selama 3 hari dapat mengurangi nyeri pada klien post OP SC, dengan penurunan skala nyeri dari 8 menjadi 2 berdasarkan pengukuran dengan NRS.

e. Standar Prosedur Operasional (SOP) Teknik Relaksasi Benson

SOP Teknik Relaksasi Benson terdapat pada table dibawah ini:

**Tabel 2.1 Standar Prosedur Operasional Teknik Relaksasi Benson**

No	Aspek Yang Dinilai
<b>A. Fase Pre Interaksi</b>	
1	Memeriksa lembar catatan keperawatan dan medik
2	Mencuci tangan
3	Mempersiapkan alat -Pengukur waktu -Catatan observasi -Pena dan buku catatan kecil
<b>B. Fase Interaksi</b>	
1	Mengucapkan salam terapeutik
2	Melakukan evaluasi/validasi
3	Melakukan kontrak (waktu, tempat, topic)
4.	Menjelaskan tujuan tindakan
5	Menjaga privacy klien
<b>C. Fase Kerja</b>	
1	Anjurkan klien mengambil posisi yang dirasakan paling nyaman, bisa berbaring atau duduk
2	Pejamkan mata dengan pelan tidak perlu dipaksakan, sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata
3	kendorkan otot-otot serileks mungkin, mulai dari kaki, betis, paha, perut, dan lanjutkan ke semua otot tubuh tangan dan lengan diulurkan kemudian lemaskan dan biarkan terkulai wajar. Usahakan agar tetap rileks
4	Mulai dengan bernapas yang lambat dan wajar, serta mengucapkan dalam hati kata-kata yang sudah dipilih pada saat menarik napas dan

	diulang saat mengeluarkan napas. Lemaskan seluruh tubuh disertai dengan sikap pasrah.
5	Ulang terus point 4 selama 10-15 menit
<b>D. Fase Terminasi</b>	
1	Menjelaskan bahwa tindakan sudah selesai
2	Memberikan pujian atas Kerjasama pasien selama prosedur dilakukan
3	Mengevaluasi respon klien
4	Melakukan kontrak yang akan datang
5	Mencuci tangan
6	Mendokumentasikan tindakan
<b>E. Perilaku/penampilan profesional (10x%)</b>	
1	Menerapkan prinsip kehati-hatian
2	Bekerja secara sistematis

Sumber : Hafi, (2023).

## B. Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan proses yang dinamis dan terorganisasi, meliputi pengumpulan data dari individu, keluarga, kelompok secara sistematis.

#### a. Pengumpulan data

Identitas pasien meliputi:

- 1) Nama : untuk mengetahui nama pasien agar mempermudah proses keperawatan.
- 2) Umur : untuk mengetahui apakah pasien termasuk dalam usia yang beresiko tinggi atau tidak, pasien yang berusia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun termasuk dalam kategori kehamilan berisiko tinggi dan memerlukan perawatan yang lebih intensif.
- 3) Agama : untuk mempermudah proses keperawatan dengan dukungan spiritual kepada pasien.
- 4) Alamat : untuk mengetahui jarak rumah dan fasilitas pelayanan kesehatan.
- 5) Suku bangsa : dalam memberikan perawatan yang peka budaya, penting untuk mengidentifikasi latar belakang ras, etnis, dan keturunan pasien untuk memastikan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

6) Pendidikan : untuk mengetahui tingkat pengetahuan guna mempermudah proses keperawatan dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien.

7) Pekerjaan : untuk mengkaji adanya resiko paparan lingkungan kerja yang dapat membahayakan bagi ibu dan janin.

b. Keluhan utama

Pasien dengan post OP SC secara umum akan timbul masalah gangguan rasa aman dan nyaman yaitu nyeri.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi masalah yang dirasakan oleh pasien

P : (*paliatif atau provocative*) untuk mengetahui penyebab timbulnya masalah.

Q : (*quality dan quantity*) untuk mengetahui kualitas dan kuantitas nyeri.

R : (*region*) untuk mengetahui lokasi nyeri.

S : (*severity*) untuk mengetahui tingkat keparahan nyeri.

T : (*time*) : untuk mengetahui waktu saat nyeri.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi riwayat operasi SC sebelumnya dan adanya riwayat penyakit lain seperti jantung, hipertensi, DM, atau yang lainnya perlu diketahui untuk memahami kondisi kesehatan pasien.

e. Psikologis

Pasien dengan post OP SC akan mengalami masalah psikologi akibat timbulnya rasa nyeri pasca pembedahan yang akan menyebabkan gangguan rasa nyaman dan kecemasan.

f. Pengkajian pola aktivitas

Untuk mengetahui kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri, pada pasien post OP SC akan mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari karena rasa nyeri yang dirasakan.

- g. Pengkajian pola nutrisi  
Untuk mengetahui jenis makanan yang disukai dan tidak disukai, apakah klien mempunyai riwayat alergi makanan atau tidak, frekuensi makan, dan porsi makan.
- h. Pengkajian pola istirahat dan tidur  
Klien post Op SC akan mengalami gangguan pola tidur karena rasa nyeri yang dirasakan, faktor lingkungan, dan faktor psikologi akibat dari masalah yang timbul.
- i. Pengkajian *personal hygiene*  
Pada pasien post OP SC akan mengalami keterbatasan fisik akibat dari tindakan SC yang menyebabkan rasa nyeri dan mempengaruhi kemampuan klien untuk melakukan perawatan kebersihan diri secara mandiri.

## 2. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah proses pengembangan rencana tindakan yang sistematis dan terstruktur untuk mengatasi masalah kesehatan pasien yang telah diidentifikasi melalui diagnosa keperawatan. Perencanaan keperawatan sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan tepat sasaran (Simanullang, 2017).

Dibawah ini merupakan rencana keperawatan untuk mengatasi nyeri akut menurut buku SDKI, SIKI, dan SLKI:

**Tabel 2.2 Rencanan Keperawatan Untuk Mengatasi Nyeri Akut**

SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0007)	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1x24 jam, diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon verbal non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi Pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

	<ul style="list-style-type: none"> <li>7. Menarik diri menurun</li> <li>8. Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>9. Diaforesis menurun</li> <li>10. Perasaan depresi (tertekan) menurun</li> <li>11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</li> <li>12. Anoreksia menurun</li> <li>13. Perineum terasa tertekan menurun</li> <li>14. Uterus teraba membulat menurun</li> <li>15. Ketegangan otot menurun</li> <li>16. Pupil dilatasi menurun</li> <li>17. Muntah menurun</li> <li>18. Mual menurun</li> <li>19. frekuensi nadi membaik</li> <li>20. Pola napas membaik</li> <li>21. Proses berfikir membaik</li> <li>22. Fokus membaik</li> <li>23. Fungsi berkemih membaik</li> <li>24. Perilaku membaik</li> <li>25. Nafsu makan membaik Pola tidur membaik.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang telah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgesik.</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, hypnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain, teknik relaksasi Benson)</li> <li>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgesik dengan tepat</li> <li>5. Anjurkan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi Benson) untuk mengurangi nyeri.</li> </ul> <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber : SDKI (2017), SIKI (2018), SLKI (2019).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Batubara, I, dkk. (2016). Teknik relaksasi Benson adalah metode pernapasan yang menggabungkan keyakinan atau afirmasi positif untuk menyeimbangkan oksigen dalam otak, sehingga memberikan rasa nyaman, tenang dan mengurangi tingkat kecemasan. Tubuh yang merasa nyaman dan tenang akan memberikan efek rileks pada otot-otot. Kemudian hipotalamus akan menghasilkan *Corticotropin Relaxing Factor* (CRF) yang akan merangsang kelenjar dibawah otak untuk meningkatkan produksi *proopiomelanochortin* (POMC) yang dapat memicu peningkatan produksi *enkephalin* oleh *medulla adrenal* dan kelenjar dibawah otak menghasilkan *endorphine* untuk

*neurotransmitter*. Teknik relaksasi benson dilakukan selama 10-15 menit secara signifikan dapat mengurangi intensitas nyeri luka post OP SC pada ibu melahirkan di RSUD Kota Padang sidempuan. Penelitian ini melibatkan 48 ibu post OP SC dan menggunakan analisis statistik uji *t-test* berpasangan, yang menunjukkan nilai *p-value* 0,000, lebih kecil dari  $\alpha$  penelitian (0,05). Hasil ini menunjukkan bahwa relaksasi Benson efektif dalam mengurangi nyeri post OP SC berkat kemampuannya menghasilkan hormon endorphin, yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Andriana *et al.* (2023) Relaksasi Benson yang dilakukan selama 10-15 menit dapat membantu menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis dan meningkatkan rasa nyaman sehingga efektif dalam mengurangi nyeri dan setelah dilakukan teknik relaksasi Benson didapatkan hasil bahwa relaksasi Benson yang diterapkan selama 3 hari dapat mengurangi nyeri pada klien post OP SC, dengan penurunan skala nyeri dari 8 menjadi 2 berdasarkan pengukuran dengan NRS.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Warsono, (2019) di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Cepu, membuktikan bahwa selama 3 hari pemberian obat analgesik yang digabungkan dengan teknik relaksasi Benson selama 10-15 menit pada 21 responden dengan nyeri berat mengalami penurunan skala nyeri secara signifikan menjadi nyeri ringan.

### 3. Evaluasi

Evaluasi asuhan keperawatan bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien melalui hasil pengkajian dan pengumpulan data. Evaluasi melibatkan perbandingan antara kondisi sesudah dan sebelum di berikan tindakan keperawatan sehingga dapat memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Metode penulisan catatan perkembangan pasien menggunakan metode SOAP (Subjektif, Objektif, *Assessment*, *Planning*) untuk memantau perkembangan pasien secara sistematis. SOAP mencakup empat langkah yaitu subjektif berisi tentang keluhan dan gejala yang dirasakan oleh pasien, objektif berisi tentang hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan lain-lain, *assessment* berisi tentang analisis

diagnosa keperawatan dan *planning* berisi tentang rencana keperawatan yang akan diberikan kepada pasien untuk meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan pasien (Nugraha LP, 2024).